



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta
Children's Physician Group - Orthopaedics

INFORMACIÓN DEL PACIENTE
PATIENT INFORMATION FORM

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Patient Last Name First Name Date of Birth

Pediatra: _____ Doctor de Referencia: _____
Primary doctor Referring doctor

Historial Social/ Social History:

Paciente vive con (circule las que apliquen) Madre Padre Hermanos Otro
Patient lives with (check all that apply) Mother Father Siblings Other
Numero de hermanos 1 2 3 4 5 Otra _____
Number of brothers Other
Numero de hermanas 1 2 3 4 5 Otra _____
Number of sisters Other

¿El paciente es adoptado Si No
Is the patient adopted? Yes No

Si el paciente es mayor de 13 años: Bebe Alcohol: Si No
If the patient is 13 or older: Do you drink alcohol? Yes No
Usa Tabaco: Si No
Do you use tobacco? Yes No

Medicamentos/ Medications:

No estoy tomando Medicamentos
I am not taking any medications

Nombre del Medicamento Name of medication	Dosis Dosage	Frecuencia Frequency
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Historial Familiar/ Family History

Por favor indique si la familia tiene historial de los siguientes: (solo incluya a los padres, abuelos, hermanos, e hijos)
Please indicate if your family has a history of the following: (Only include parents, grandparents, siblings and children)

Historial Medico no se sabe
Family history unknown

Enfermedades Neurológicas Escoliosis Cáncer en los huesos Desplacia de las Caderas Malformación de Pie
Neurologic disease Scoliosis Bone cancer Hip dysplasia Clubfoot
Bajos de Estatura Enfermedad del Corazón Tumores benignos en los huesos Artritis Reumatoide
Short stature Heart disease Benign Bone Tumors Rheumatoid arthritis

Historial de Desarrollo/ Developmental history

¿Fue el embarazo de término completo? Si No ¿Si no, cuentas semanas duro? _____
Was the pregnancy full-term? Yes No If no, what was the length of the pregnancy in weeks?

¿Venía el bebe de pies? Si No
Was your child breech? Yes No

El parto fue: Vaginal Cesaria
Type of delivery: Vaginal C-section

Pesó al nacer: _____
Birth weight

¿Problemas durante el Embarazo? Si No Si marco si, explique: _____
Were there any problems during the pregnancy? Yes No If yes, please explain

Cuantos días estuvo en hospital después del nacimiento: _____
Length of hospital stay after birth (days)

¿El paciente se sienta? Si No Si marco si, a que edad empezó: _____
Is the patient able to sit? Yes No If yes, age when first sitting:



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta
Children's Physician Group - Orthopaedics

INFORMACIÓN DEL PACIENTE
PATIENT INFORMATION FORM

Name
Date of Birth
MRN#
Account/HAR#
PATIENT IDENTIFICATION

¿El paciente camina? Si No Si marco si, a que edad empezó:
Is the patient able to walk? Yes No If yes, age when first walking
¿Si el paciente es mujer empezó su menstruación? Si No Si marco si, a que edad empezó:
If female, has the patient started menses? Yes No If yes, age at menarche:

Alergias

¿Es alérgico a los medicamentos u objetos mencionados?
Do you have any allergies to the following medications or items?

No Alergias Penicilina Cefalosporinas Sulfa Emycin Látex Tinte Comida Otro
No allergies Penicillins Cephalosporins Sulfa Mycins Latex Dye Food Other

¿Que reacción tubo?
What was the reaction you experienced?

Historial Quirúrgico Pasado Favor de indicar si el paciente ha tenido las cirugías siguientes (escriba la fecha de cirugía)
Past Surgical History Please indicate if the patient has had the following surgeries (write date of surgery on the line)

- 1) Bomba de Baclofeno
2) Malformación del Pie Congénita
3) Implante Coclear
4) Tubos en los Oídos
5) Cirugía de los Ojos
6) Reparación de una Fractura
7) Funduplicación
8) Sondas de Gastrostomía
9) Cirugía del Corazón
10) Reparación de la Hernia
11) Cirugía del Riñón/Vejiga/Urinario
12) Amigdalectomía/Adenoidectomía
13) Traqueostomía
14) Estimulador del Nervio Vago
15) Derivación Ventricular
16) Otra

Historial Medico Pasado
Past Medical History

Por favor indique si el paciente tiene historial de lo siguiente:
Please indicate if the patient has a history of the following:

- 1) Anemia
2) Asma
3) TDAH/TSA
4) Problemas de Sangrado (Hemofilia)
5) Coágulos de Sangre
6) Cáncer
7) Parálisis Cerebral
8) Charcot Marie Tooth
9) Malformación del Pie Congénita
10) Trombosis Venosa Profunda
11) Retraso en el Desarrollo
12) Desarrollo de Desplacia de la Cadera
13) Diabetes
14) Síndrome de Down
15) Colesterol Elevado
16) Gastritis
17) Reflujo Gastrointestinal
18) Enfermedades del Corazón
19) Lesión a la Cabeza/Conmoción
20) Presión Alto
21) Hidrocefalia
22) Latido de Corazón Irregular
23) Problemas del Riñón
24) Infección de SARM
25) Distrofia Muscular
26) Miopatía
27) Neurofibromatosis
28) Osteocondroma
29) Osteogénesis Imperfecta
30) Enfermedad de Perthes
31) Convulsiones
32) Células falciformes
33) Escoliosis



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta
Children's Physician Group - Orthopaedics

INFORMACIÓN DEL PACIENTE
PATIENT INFORMATION FORM

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

- 34) Deslizamiento de la epifisis capital femoral
35) Espina Bifida
36) Enfermedad de Ulcera
37) Infección de Tracto Urinario
38) Otro

Repaso de los Sistemas
Review of systems

PRIMER CITA: Marque todo los síntomas en referente al paciente
FIRST VISIT: Mark all symptoms that pertain to the patient

CITA DE SEGUIMIENTO: Solo marque los síntomas que el paciente tuvo desde la última cita
REPEAT VISIT: Only mark the symptoms that the patient has experienced since the last visit

SI NO HAY SÍNTOMAS: Marque "Ninguno"
IF NO SYMPTOMS: Mark "None"

General:

General

- 1) Fiebre
2) Fatiga
3) Perdida de Peso
4) Aumento de Peso
5) Infecciones Persistentes
6) Desmayos
7) Mareos

Neurológico:

Neurologic

- 1) Desmayos
2) Adormecimiento/Hormigueo -Dedos
3) Convulsiones
4) Problemas para Caminar
5) Dolor de Cabeza
6) Trauma a la Cabeza
7) TDA/Problemas de Aprendizaje

Ojos:

Eyes

- 1) Alteración de la Visión
2) Lentes/Contactos
3) Secreción en los Ojos

Genitourinario:

Genitourinary

- 1) Infección en el Riñón/Vejiga
2) Dolor al Orinar
3) Inhabilidad para controlar la Orina
Oído, Nariz, y Garganta:
1) Perdida Audita
2) Cogestión
3) Alergia de Temporada
4) Secreción
5) Infección Recurrente

Gastrointestinal:

Gastrointestinal

- 1) Nausea
2) Vomito
3) Estreñimiento
4) Diarrea
5) Problemas para Comer
6) Cambio en Hábito de Defecar

Respiratorio:

Respiratory

- 1) Dolor de Pecho
2) Dificultad al Respirar

- 3) Tos Crónica

- 4) Chillido/Silbido de Pecho

Endocrino:

Endocrine

- 1) Cambio en el Cabello
2) Intolerancia al Calor
3) Intolerancia al Frío
4) Problema de la Tiroides
5) Retraso en el Crecimiento
6) Problemas con Hormonas-Crecimiento

Cardiovascular:

Cardiovascular

- 1) Dolor de Pecho
2) Palpitaciones
3) Dificultad al Respirar con Esfuerzo
4) Corto de Respiración

Musculoesqueletal:

Musculoskeletal

- 1) Dolor de Coyunturas
2) Hinchazón de Coyunturas
3) Dolor de Músculos
4) Debilidad Muscular
5) Fracturas



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta
Children's Physician Group - Orthopaedics

INFORMACIÓN DEL PACIENTE
PATIENT INFORMATION FORM

Name _____

Date of Birth _____

MRN# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

Piel:
Skin

- 1) Piel Seca
Dry Skin
- 2) Salpullido
Rash
- 3) Cambio en Verruga/Lunar
Change in Wart/Mole
- 4) Ulcera
Skin Ulcer
- 5) Eczema
Eczema
- 6) Picazón
Itching
- 7) Marca de Nacimiento
Large Birth Mark

Ninguno
NONE of the Above

Psiquiátrico:
Psychiatric

- 1) Ansiedad
Anxiety
- 2) Lloro con Frecuencia
Frequent Crying
- 3) Depresión
Depression
- 4) Adicción
Addiction
- 5) Problemas de Conducta
Behavioral Problems

Hemo/Linfático:
Heme/Lymphatic

- 1) Moretones de Fácil Aparición
Easy Bruising

- 2) Sangra en Exceso
Excessive Bleeding
- 3) Problemas de Glándula
Gland Problems
- 4) Sangrado Nasal Frecuente
Frequent Nose Bleed
- 5) Conteo Sanguíneo Bajo
Low Blood Counts

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Date: _____ Time: _____
Parent/Guardian Signature

For in-clinic use only

Temp	HR	RR	B/P	Wt (kg)	Ht (cm)	HC	O2 Sat
------	----	----	-----	---------	---------	----	--------

Pain Score	Pain Scale
------------	------------

Staff Signature: _____ Date: _____ Time: _____